



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2013 / 2014

TRABAJO FIN DE GRADO  
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

**Autor/a:** Cristina Artaso Lapeña

Tutor: Mercedes Ruidiaz

## ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	6
<b>Objetivos</b> .....	9
<b>Metodología</b> .....	10
<b>Desarrollo</b>	
- <i>Valoración</i> .....	11
- <i>Plan de Cuidados de Enfermería</i>	
- Diagnósticos Reales .....	13
- Diagnósticos de Riesgo .....	18
- <i>Ejecución</i> .....	21
- <i>Evaluación</i> .....	21
<b>Conclusiones</b> .....	22
<b>Bibliografía</b> .....	23
<b>Anexo I</b> .....	25
<b>Anexo II</b> .....	26
<b>Anexo III</b> .....	27

**SIGLAS:**

AMI: Acute Myocardial Infarction

AP: Atención Primaria

AVD: Actividades de la Vida Diaria

CK: Creatinina Cinasa

CK-MB: Bandas MS, subtipo de CK específico del músculo cardíaco

CPK: Creatinina Fosocinasa

cT<sub>n</sub>I: Troponina específica cardíaca I

cT<sub>n</sub>T: Troponina específica cardíaca T

DxE: Diagnósticos de Enfermería

ECG: Electrocardiograma

FR: Factores de Riesgo

HTA: Hipertensión Arterial

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Proceso de Actuación de Enfermería

## **1. RESUMEN**

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es una de las enfermedades más comunes en la sociedad actual. La necrosis miocárdica aguda de origen isquémico que se produce antes de los 46 años y denominada IAM prematuro, resulta ser la responsable de un incremento en la cronificación de las enfermedades cardiovasculares. Los programas de salud que contemplan una correcta prevención secundaria de esta patología consiguen reducir el riesgo de nuevos episodios y de una muerte prematura.

*Objetivo:* El objetivo ha sido mejorar la prevención secundaria que se ofrece desde atención primaria (AP) a aquellos pacientes menores de 46 años que han sufrido un IAM.

*Metodología:* Se ha realizado un programa de actuación de enfermería a través de bibliográfica consultada en bases de datos, libros y páginas web oficiales.

*Conclusiones:* Se ha mejorado la prevención secundaria de los IAM en pacientes menores de 46 años mediante la creación de un PAE que pueda ser consultado por las enfermeras de AP.

*Palabras claves:* Infarto agudo de miocardio prematuro, prevención secundaria, PAE

## **ABSTRACT**

The Acute Myocardial Infarction (AMI) is one of the most common diseases among today's society. The acute myocardial necrosis due to an ischemic problem on patients younger than 46 years is called AMI premature, and it's responsible for an increase in cardiovascular disease chronicity. Health programs that provide a proper secondary prevention of this disease are able to reduce the risk of new episodes and premature death.

*Objective:* To improve the secondary prevention offered from primary care to patients younger than 46 years who have suffered an AMI.

*Methodology:* Conducting a nursing process through consulted bibliographic on databases, books and official websites.

*Conclusions:* We were able to improve the secondary prevention of myocardial infarction in patients under 46 years by creating a nursing process that can be seen by primary care nurses.

*Keywords:* Acute Myocardial Infarction premature, secondary prevention, nursing process.

## 2. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha mejorado la tasa de mortalidad por cardiopatías isquémicas, principalmente por su prevención y los nuevos tratamientos. Sin embargo, siguen siendo responsables de un tercio de las muertes en personas mayores de 35 años.

Entre las cardiopatías isquémicas, destaca el Infarto Agudo de Miocardio, responsable de una gran morbimortalidad tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario. Durante el 2012, un 50,77% de las defunciones por cardiopatías isquémicas en España se asociaron a un IAM. Siendo de un 57,34% en Aragón.

La mayor parte de las muertes por IAM y sus complicaciones se dan en adultos de edad avanzada (98,33% defunciones). Mientras que el IAM prematuro (infartos en menores de 46 años) presenta una menor mortalidad (1,66%), pero aumenta el número de cardiopatías isquémicas crónicas causando un gran impacto económico, social y médico.(1-7)

*"...el IAM prematuro...genera e incrementa la cantidad de pacientes con enfermedad coronaria crónica, que tienen mayor riesgo de sufrir nuevos eventos coronarios"(3)*

El IAM es la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria a la obstrucción total de una arteria coronaria. Cuando la obstrucción coronaria se prolonga en el tiempo (más de 20-45 minutos) la isquemia produce la lesión tisular progresiva e irreversible.

La zona de necrosis está rodeada a su vez de una zona de tejido isquémico. Si no se recupera con rapidez la circulación mediante un tratamiento precoz en las 3-4h de iniciados los síntomas, se verá afectada la capacidad del corazón de mantener un gasto cardiaco eficaz, lo que culminará con un shock cardiogénico y la muerte del paciente.(1,2,8-11)

Aunque las causas más comunes del estrechamiento arterial son la formación de un coágulo de sangre y la aterosclerosis progresiva, existen diversos factores de riesgo (FR) que incrementan las posibilidades de desarrollar IAM.

Los FR que afectan a la aparición prematura de la afectación son, principalmente, aquellos asociados al estilo de vida y al comportamiento social (consumo de sustancias tóxicas, obesidad, alimentación, estrés crónico y sedentarismo). Mientras que al aumentar la edad, destacan los FR clásicos (HTA, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y obesidad). (3,9)

Para disminuir la morbimortalidad de los IAM es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, así como una buena prevención secundaria (pudiéndose prevenir el 80% de los IAM y hasta el 25% de las muertes cardiovasculares).

Entre las manifestaciones clínicas más significativas encontramos el dolor torácico (con una duración mayor a 30 min y que no se alivia en reposo ni con nitroglicerina), ansiedad, disnea, síntomas vasovagales, alteraciones en la presión sanguínea y reducción del nivel de conciencia.

A la hora de realizar el diagnóstico de IAM, nos basamos en la alteración de determinadas pruebas diagnósticas. En el ECG encontraremos elevación del segmento ST, presencia de onda Q patológica y/o inversión de la onda T en más de una derivación. (Ver anexo I y II)

En la auscultación oímos con menor intensidad los principales ruidos cardiacos (S1 y S2) y encontramos la presencia de S3 (galope) y de S4. En caso de afectación valvular encontraremos un murmullo audible.

En la analítica sanguínea se detecta elevación de las enzimas cardiacas (CK, CPK, troponinas, mioglobina). (Ver anexo III) (2,9-13)

La prevención secundaria en pacientes que han sufrido un IAM irá encaminada a reducir el riesgo de recurrencia de la enfermedad. Desde enfermería nos encargaremos de colaborar en la rehabilitación cardiaca (reducir el gasto cardiaco e identificar y tratar las complicaciones), ayudar al paciente y sus familiares a superar el miedo y la ansiedad que producen las cardiopatías, y ayudar al paciente a realizar cambios saludables en su estilo

de vida (abandono del tabaco, seguimiento de una dieta cardiosaludable y la realización de ejercicio físico).(2,7,11,14-16)

Podemos concluir que el IAM es una de las enfermedades más comunes entre la sociedad actual, responsable de un gran número de defunciones y en el caso del IAM prematuro, responsable de un incremento en la cronificación de enfermedades cardiovasculares. Por este motivo, consideramos de gran importancia la realización de una correcta prevención secundaria con aquella población joven (<46 años) que han sufrido un IAM, a fin de reducir el riesgo de nuevos episodios y de muerte prematura.



### 3. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de nuestro trabajo es mejorar la prevención secundaria que se ofrece desde AP a aquellos pacientes menores de 46 años que han sufrido un IAM.

Como **objetivos secundarios** nos planteamos:

- Reconocer los factores de riesgo asociados al IAM.
- Identificar y denominar los diagnósticos de enfermería más habituales de este tipo de pacientes.
- Reflejar la importancia de las actividades de enfermería en la prevención de complicaciones en los pacientes que han sufrido un IAM prematuro.

#### 4. METODOLOGÍA

Para realizar este trabajo, nos hemos basado en artículos científicos, libros y páginas webs oficiales (INE, OMS y Fundación Española del Corazón).

Los artículos científicos han sido buscados a través de las bases de datos AlcorZe, Dialnet, Pubmed y Google Academy, utilizando las siguientes palabras claves:

*Infarto agudo miocardio, enfermería, epidemiología, insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, prevención secundaria cardiovascular.*

<b><i>BASES DE DATOS</i></b>	<b><i>PALABRAS CLAVE</i></b>	<b><i>ARTÍCULOS ENCONTRADOS</i></b>	<b><i>ARTÍCULOS ELEGIDOS</i></b>
<i>Dialnet</i>	Epidemiología insuficiencia cardiaca	40	1
	Infarto agudo miocardio enfermería	23	2
<i>Pubmed</i>	Infarto agudo miocardio	9	2
<i>AlcorZe</i>	Epidemiología Enfermedad coronaria	16	1
	Infarto agudo miocardio enfermería	18	2
<i>Google Academy</i>	Infarto agudo miocardio	10	2
	Prevención secundaria cardiovascular	10	2
			12

De todos los artículos encontrados se han utilizado aquellos publicados entre el 2009 y el 2014, en español, inglés o portugués.

## **5. DESARROLLO**

Los pacientes que sobreviven a la fase aguda de IAM presentan un alto riesgo de mortalidad y reinfarto, sobre todos en edades tempranas (IAM prematuros). Por ello, se deben evaluar los riesgos post-infarto de estos pacientes e iniciar una terapia de prevención secundaria dirigida a reducir la mortalidad y la incidencia de nuevos eventos coronarios así como de reducir los FR cardiovasculares.

Esta prevención secundaria se realizará desde AP, en colaboración con atención especializada, y constará de terapia farmacológica, estrategias de revascularización y educación sobre hábitos de vida saludables.(17,18)

Vista la necesidad de esta prevención secundaria, a continuación hemos desarrollado un Plan de Actuación de Enfermería para Atención Primaria dirigido a personas menores de 46 años que han padecido un IAM.

### **- Valoración(18,19)**

Cuando nos encontramos ante un paciente que ha sufrido un IAM, es importante la continuidad de los cuidados que estaba recibiendo a nivel hospitalario y que siguen siendo de importancia tras el alta. Para ello usamos la taxonomía NANDA, NIC y NOC que garantiza intervenciones homogéneas y objetivos medibles con una visión integral del paciente.

Con el propósito de realizar un correcto plan de cuidados y facilitarnos la realización de Diagnósticos de Enfermería (DxE), se valorarán las posibles alteraciones de las necesidades básicas que describe Virginia Henderson. En todo momento, tendremos en cuenta los factores de riesgo que más influyen en el IAM y están asociados al estilo de vida: IMC, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco) y poca o nula actividad física. Así como otros FR que se pueden controlar desde un punto de vista dietético: HTA, hipercolesterolemia, hiperglucemia/diabetes.

*1. Respirar normalmente:* Aparición de arritmias ventriculares tardías, presencia de isquemia residual y deterioro de la función ventricular. Posible hipertensión arterial y tabaquismo (usar la escala de Fageström para analizar la dependencia de la nicotina).

*2. Nutrición e hidratación:* Posible sobrepeso u obesidad con alto perímetro abdominal con un mal hábito alimenticio. Así como hiperglicemia e hiperlipidemia. Para controlar la dependencia al alcohol podemos ayudarnos de la escala de MALT.

*4. Moverse y mantener posturas adecuadas:* Intolerancia a la actividad física en las primeras 12 horas tras el IAM. Debe ir recuperando la actividad progresivamente. Valorar la independencia en las actividades de la vida diaria (AVD) mediante el Índice de Katz o la escala Lawton Brody.  
Posible sedentarismo.

*11. Vivir según sus creencias y valores:* Posible ansiedad y estrés ante la reciente situación de salud y por los efectos que tendrá en sus AVD. Usar el test de Rosemberf para analizar los sentimientos de satisfacción y la escala de Goldberg para la ansiedad-depresión del paciente.

*12. Ocuparse y realizarse:* Posible pérdida del empleo por incapacidad de realizarlo a causa de las repercusiones físicas del IAM.

*14. Adquirir conocimientos:* Desconocimiento o interés por su nuevo estado de salud así como por sus implicaciones (medicación, limitaciones,...)

## - Plan de cuidados de enfermería(20-22)

Una vez realizada la valoración del paciente. Se procederá a realizar un plan de cuidados personalizado. En este caso, comentaremos los DxE, objetivos e intervenciones que presentan más relevancia en pacientes que han sufrido un IAM. A la hora de elegir los diagnósticos tendremos en cuenta que cada paciente presentará unas características definitorias (manifestaciones clínicas) particulares.

### Diagnósticos Reales:

<b>DxE</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCIÓN (NIC)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>00078 Gestión ineficaz de la propia salud</b> r/c complejidad del régimen terapéutico	1617 Autocontrol de la enfermedad cardíaca	161702 Busca información sobre métodos para mantener la salud cardiovascular.	4429 Acuerdo con el paciente	Ayudar al paciente a identificar los objetivos de los cuidados.  Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados
		161703 Participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de salud.	4470 Ayuda en la modificación de sí mismo	Valorar las razones del paciente para desear cambiar.  Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.  Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta
		161704 Participa en el programa de rehabilitación cardíaca prescrito.	4050 Precauciones cardíacas	Restringir el fumar  Sustituir la sal y limitar la ingesta de sodio.  Tratar las modificaciones de la actividad sexual con el paciente y el ser querido.  Instruir al paciente sobre el ejercicio progresivo  Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés
		161705 Realiza el régimen de tratamiento como se ha prescrito		

<b>DxE</b>	<b>RESULTADOS</b> (NOC)	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b> (NIC)	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>00168</b> <b>Sedentarismo</b> r/c falta de interés	2004 Forma física	200405 Ejercicio habitual  200406 Función cardiovascular  200409 Índice de masa muscular	0200 Fomento del ejercicio	Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.  Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta.  Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios  Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.
<b>00029</b> <b>Disminución del gasto cardiaco</b> r/c consecuencias del IAM en miocardio	0405 Perfusión tisular: cardiaca	040503 Enzimas cardiacas  040512 Prueba de esfuerzo  040504 Angina  040520 Arritmia	4046 Cuidados cardiacos: rehabilitación	Comprobar la tolerancia del paciente a la actividad  Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardiacos (dejar de fumar, dieta y ejercicio), si procede.
	0802 Signos vitales	080203 Frecuencia del pulso radial  080204 Frecuencia respiratoria  080205 Presión arterial sistólica  080206 Presión arterial diastólica	4040 Cuidados cardiacos	Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades)  Tomar nota de los signos y síntomas significativos de descenso del gasto cardiaco.  Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.

<b>DxE</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCIÓN (NIC)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>00126</b> <b>Conocimientos deficientes</b> r/c falta de interés en el aprendizaje	1830 Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca	183003 Síntomas de empeoramiento de la enfermedad  183004 Beneficios del control de la enfermedad  183005 Estrategias para controlar factores de riesgo	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.  Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.  Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.
		183035 Cuándo obtener ayuda de un profesional sanitario	5614 Enseñanza: dieta prescrita	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta.  Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.  Incluir a la familia/ser querido
			5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con los medicamentos prescritos.  Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
	1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181302 Responsabilidad de los propios cuidados para el tratamiento actual  181305 Dieta prescrita  181306 Medicación prescrita  181307 Actividad prescrita	5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	Evaluar el nivel actual de ejercicio y conocimientos de la actividad/ejercicio, prescrito del paciente.  Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito.  Informar al paciente de que la actividad física regular está asociada a una reducción del riesgo de enfermedad y mortalidad cardiovascular.

<b>DxE</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCIÓN (NIC)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>00147</b> <b>Ansiedad</b> r/c cambio en el estado de salud	<b>1302</b> Afrontamiento de problemas	<b>130201</b> Identifica patrones de superación eficaces  <b>130220</b> Busca información acreditada sobre el diagnóstico  <b>130205</b> Verbaliza aceptación de la situación  <b>130207</b> Modifica el estilo de vida para reducir el estrés	<b>5820</b> Disminución de la ansiedad	Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.  Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo.  Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
	<b>1402</b> Autocontrol de la ansiedad	<b>140202</b> Elimina precursores de la ansiedad  <b>140207</b> Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad  <b>140217</b> Controla la respuesta de ansiedad	<b>5250</b> Apoyo en la toma de decisiones	Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.  Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.  Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios  Remitir a grupos de apoyo, si procede.



<b>DxE</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCIÓN (NIC)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>00132 Dolor agudo (torácico)</b> r/c enfermedad cardíaca	1605 Control del dolor	160502 Reconoce el comienzo del dolor  160501 Reconoce los factores causales  160503 Utiliza medidas preventivas  160509 Reconoce síntomas asociados del dolor	1400 Manejo del dolor	Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.  Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente  Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor  Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia
			4040 Cuidados cardíacos	Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio)  Instruir al paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica.

### Diagnósticos de Riesgo:

<b>DxE</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCION (NIC)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>0003 Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades</b> r/c patrones alimentarios disfuncionales	1622 Conducta de cumplimiento: Dieta prescrita	162201 Participa en el establecimiento de objetivos diabéticos alcanzables con un profesional sanitario  162202 Selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita  162210 Sigue las recomendaciones sobre el número de comidas al día	5614 Enseñanza: dieta prescrita	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.  Explicar el propósito de la dieta  Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas  Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.  Incluir a la familia/ser querido, según el caso
			5246 Asesoramiento nutricional	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto  Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar  Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.  Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente  Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos

<b>DxE</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCION (NIC)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable</b> r/c Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes.	1820 Conocimiento: control de la diabetes	182031 Signos y síntomas de enfermedad precoz  182002 Papel de la nutrición en el control de la glucemia  182007 Prevención de hiperglucemia  182010 Prevención hipoglucemia  182024 Beneficios de controlar la diabetes	2120 Manejo de la hiperglucemia	Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado  Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas  Identificar las causas posibles de la hiperglucemia  Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia
			2130 Manejo de la hipoglucemia	Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia  Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado  Proporcionar información sobre la convivencia del autocontrol de la hipoglucemia  Enseñar al paciente y familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia
<b>00015 Riesgo de estreñimiento</b> r/c medicación y estado de salud	0501 Eliminación intestinal	050101 Patrón de eliminación  050110 Ausencia de estreñimiento  050124 Ingestión de líquidos adecuados  050125 Ingestión de fibra adecuada  050126 Cantidad de ejercicio adecuado	0450 Manejo del estreñimiento/im plantación	Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento  Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de las deposiciones.  Establecer una pauta de eliminación  Enseñar al paciente/familia los principios de educación intestinal

<b>DxE</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCION (NIC)</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca</b> r/c falta de conocimientos sobre los FR modificables.	<b>1902</b> Control del riesgo	<b>190201</b> Reconoce factores de riesgo  <b>190206</b> Se compromete con estrategias de control del riesgo  <b>190208</b> Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo  <b>190216</b> Reconoce cambios en el estado de salud	<b>4040</b> Cuidados cardiacos	Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades)  Tomar nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardíaco.  Instruir al paciente y a la familia sobre la limitación y la progresión de las actividades  Instruir al paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica.
	<b>1830</b> Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca	<b>183003</b> Síntomas de empeoramiento de la enfermedad  <b>183004</b> Beneficios del control de la enfermedad  <b>183005</b> Estrategias para controlar factores de riesgo  <b>183006</b> Importancia de completar el programa de rehabilitación cardíaca recomendada  <b>183036</b> Grupos de apoyo disponibles		

## **- Ejecución**

Este plan de cuidados está pensado para realizarse desde la consulta de enfermería del centro de salud, a través de sucesivas consultas con el fin de realizar una atención continuada con el paciente.

Las medidas se implantarán de una manera ordenada y progresiva para que el paciente pueda adaptarlas a su vida diaria con facilidad y asegurar el seguimiento de los cuidados.

Se empezará con una consulta semanal para poder realizar una correcta valoración, enseñar los puntos clave del proceso y acordar un método de trabajo. Una vez resueltas las dudas del paciente, iremos realizando consultas de seguimiento, al principio cada 15 días y poco a poco las iremos alargando, según la adaptación del paciente, hasta 1 cada dos meses.

## **- Evaluación del PAE**

Todos los cuidados y actividades que llevemos a cabo con el paciente serán registrados en el evolutivo de enfermería, así como su seguimiento.

A la hora de hacer el registro, tendremos en cuenta la ejecución de la intervención, la forma de realizarla, el tiempo y los recursos utilizados. De manera que podremos comparar las intervenciones que realizaremos con los diferentes pacientes a los que les implantemos el PAE y comprobar la eficacia del mismo.

## **6. CONCLUSIONES**

- I. Con nuestro trabajo mejoramos la prevención secundaria de los IAM en pacientes menores de 46 años mediante la creación de un PAE que pueda ser consultado por las enfermeras de AP. En él se encuentran los datos a tener en cuenta durante la valoración, los DxE más frecuentes y la manera de llevar a cabo nuestra actuación.
- II. Los FR más influyentes en esta patología son tabaquismo, sobrepeso, sedentarismo, HTA, diabetes y estrés. Valorarlos correctamente nos permite modificar los hábitos de vida menos saludables de forma individualizada.
- III. A través de los DxE vemos que las recomendaciones generales son el aumento de ejercicio físico (dentro de lo permitido por su estado de salud), el seguimiento de una dieta cardiosaludable y el abandono de los productos tóxicos.
- IV. Las actividades a realizar van encaminadas a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes a través de la educación de su nuevo estado de salud. Mediante su correcta realización podemos prevenir hasta un 80% el riesgo de padecer nuevos infarto y hasta un 25% las defunciones por muerte cardiovascular en personas menores de 46 años que han sufrido un primer infarto agudo de miocardio.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

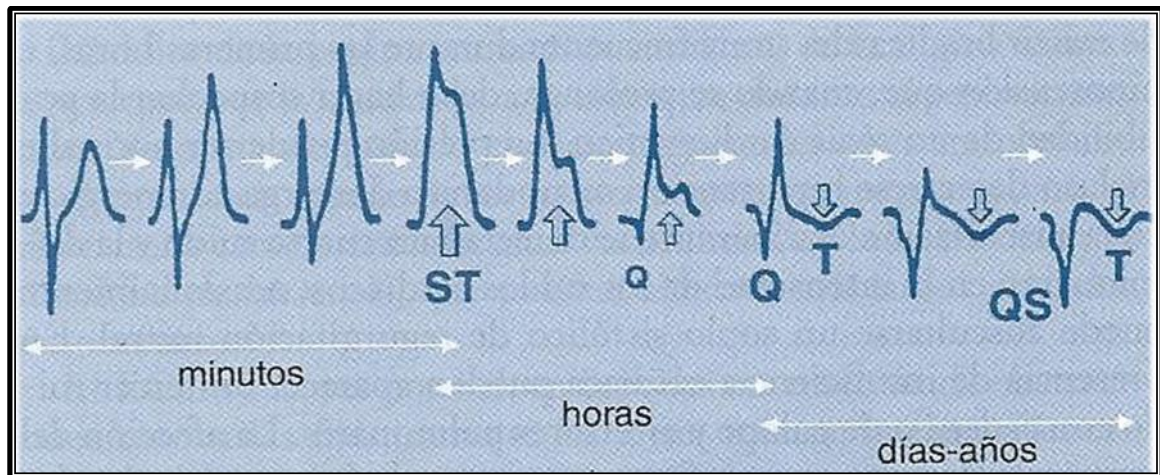
- (1) Alves TE, Silva MG, Oliveira LC, Arrais AC, Menezes Júnior JE. Performance of the nursing professional in the emergency care to the users affected by acute myocardial infarction. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* 2013 -;7(1):176.
- (2) LeMone P, Burke K. Asistencia de enfermería de los pacientes con cardiopatía coronaria. In: Martín-Romo M, editor. *Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente*. Vol II. 4th ed. Madrid (España): Prentice Hall; 2009. p. 957.
- (3) Andrés E, León M, Cordero A, Magallón Botaya R, Magán P, Luengo E, et al. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocardio. *Revista Española de Cardiología* 2011;64(6):527-529.
- (4) INE. Defunciones según la causa de muerte, Año 2012. 2014; Available at: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebas e&L=0>. Accessed Febrero/16, 2014.
- (5) Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol* 2013 Agosto 2013;66(08):649-56.
- (6) Ferreira-González I. The Epidemiology of Coronary Heart Disease. *Rev Esp Cardiol* 2014 Enero 2014;67(2):139-144.
- (7) Marin F, Diaz-Castro O, Ruiz-Nodar JM, de la Villa BG, Sionis A, Lopez J, et al. Update on Ischemic Heart Disease and Critical Care Cardiology. *Rev Esp Cardiol* 2014 Feb;67(2):120-126.
- (8) Fundación Española del Corazón. Infarto. 2012; Available at: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>. Accessed Febrero/10, 2014.
- (9) Ibañez Mora F. Síndrome coronario agudo. In: Consejo de Enfermería de la Comunidad de Valencia, editor. *Manual de Enfermería Extrahospitalaria* Vol. 2 Alicante; 2010. p. 49.
- (10) Sanz Romero G, Bosch Genover X. Cardiopatía isquémica. *Farreras Medicina Interna*. 16th ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2009. p. 549-569.
- (11) Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Lundqvist CB, Borger MA, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol* 2013;66(1):53.

- (12) OMS. Enfermedades Cardiovasculares. 2014; Available at: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/). Accessed Febrero/16, 2014.
- (13) Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio. Revista española de cardiología 2013;66(2):132.
- (14) Keila Maria de Azevedo Ponte, Lúcia de Fátima da Silva, Antonia Eliana de Araújo Aragão, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Ivete Palmira Sanson Zagonel. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio Contribución del cuidado clínico de enfermería para el confort psicoespiritual de mujeres con infarto agudo de miocardio Contribution of nursing clinical care for psycho-spiritual comfort of women with acute myocardial infarction. Escola Anna Nery 2012 -;16(4):666.
- (15) Rodríguez Acela A, Cañón Montañez W. Seguimiento de enfermería a un paciente con infarto agudo del miocardio: un reto de vida. Rev Cuidarte 2011;2(1):188-198.
- (16) Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodrigo MP, Kloppe P, Rodríguez AI, et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: estudio PREseAP. Revista española de cardiología 2011;64(1):13-20.
- (17) MINSAL. Guía Clínica: Infarto Agudo del Miocardio con Supradesnivel del Segmento ST. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2010.
- (18) Mazón-Ramos P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. Revista Española de Cardiología 2012;65:3-9.
- (19) Delgado Pacheco J. Plan de cuidados al paciente cardíaco. Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, et al, coordinadores. Manual de Enfermería. Prevención y rehabilitación cardíaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en (TRUNCADO) 2009:21-26.
- (20) Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación 2009-2011 / NANDA International . Barcelona: Elsevier, D.L.; 2009.
- (21) Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4th ed. Barcelona: Elsevier D.L.; 2009.
- (22) Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3rd ed. Barcelona: Elsevier D.L.; 2009.



## **ANEXO I**

Cambios evolutivos en el ECG de los pacientes con infarto y elevación del segmento ST.



Presentaciones del ECG atípicos que requieren un manejo rápido en pacientes con signos y síntomas de isquemia miocárdica en curso.

- Bloqueo de rama izquierda.
- Ritmo ventricular estimulado.
- Pacientes sin elevación diagnóstica del segmento ST pero con síntomas isquémicos persistentes.
- Infarto de miocardio posterior aislado.
- Elevación del segmento ST en la derivación aVR.

## **ANEXO II**

Anomalías en el ECG que asemejan IAM.

<i>Falsos positivos</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Repolarización temprana</li><li>• BRIHH</li><li>• Preexcitación</li><li>• Síndromes de elevación del punto J: p.ej., síndrome de Brugada</li><li>• Pericarditis o miocarditis</li><li>• Embolia pulmonar</li><li>• Hemorragia subaracnoidea</li><li>• Trastornos metabólicos como hiperpotasemia</li><li>• Miocardiopatía</li><li>• Transposición de derivaciones</li><li>• Colecistitis</li><li>• Patrón juvenil persistente</li><li>• Mal posicionamiento de electrodos ECG precordiales</li><li>• Fenotiazina o antidepresivos tricíclicos</li></ul>
<i>Falsos negativos</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• IM previo con ondas Q o elevación persistente del ST</li><li>• Marcapasos ventricular derecho</li><li>• BRIHH</li></ul>
BRIHH: bloqueo de rama izquierda del haz de His.

### **ANEXO III**

Cambios en los marcadores sanguíneos cardíacos durante el IAM.

MARCADOR	CONCENTRACIONES NORMALES	PRINCIPAL LOCALIZACIÓN TISULAR	IMPORTANCIA DE LA ELEVACIÓN	APARECE	MÁXIMO	DURACIÓN
CK (CPK)	Varones: 12-80 un/l Mujeres: 10-70 un/l	Músculo cardíaco, músculo esquelético, encéfalo	Lesiones de las células musculares	3-6 h	12-24 h	24-48 h
CK-MB	0-3% de las CK total	Músculo cardíaco	IAM, isquemia cardíaca, miocarditis, contusión cardíaca, desfibrilación	4-8 h	18-24 h	72 h
cT <sub>n</sub> T	<0,2 mcg/l	Músculo cardíaco	IM agudo, angina inestable	2-4 h	24-36 h	10-14 días
cT <sub>n</sub> I	<0,2 mcg/l	Músculo cardíaco	IM agudo, angina inestable	2-4 h	24-36 h	10-14 días